

« JE VEUX SOUTENIR L'ŒIL DE POISSON! »

PRÉNOM:

NOM:

ADRESSE:

VILLE:

CODE POSTAL:

TÉLÉPHONE: ()

COURRIEL:



MEMBRE 1 AN (20\$)



MEMBRE 2 ANS (35\$)



DON (ILLIMITÉ)



JE DÉSIRE RECEVOIR UN REÇU



PAIEMENT PAR CHÈQUE

À L'ORDRE DE L'ŒIL DE POISSON.

FAITES PARVENIR LE PRÉSENT FORMULAIRE À :

L'ŒIL DE POISSON

541 RUE DE SAINT-VALLIER EST

QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 3P9